دراسات عربية فى علم النفس (مج٥ ، ع٣ : يوليو ٢٠٠٦ ، ص٤٨٥ - ٥٠٠)

الأعراض والشكاوى الجسمية وعلاقتها بالضيق من الموت

أحمد محمد عبد الخالق (*)

مايسة أحمد النيال (**)

(ملخص) أجريت هذه الدراسة على ١٥٧ من طلاب الجامعة والموظفين المصريين من الجنسين ، أجابوا عن المقاييس الخمسة الآتية : قائمة الأعراض الجسمية ، والمقياس العربى لقلق الموت ، والمقياس المعدل لاكتئاب الموت ، ومقياس وسواس الموت ، ومقياس أسباب الخوف من الموت . واتسمت هذه المقاييس باتساق داخلى مقبول أو مرتفع . وظهرت ارتباطات دالة إحصائيا بين قائمة الأعراض الجسمية وكل المقاييس المستخدمة فيما عدا مقياس أسباب الخوف من الموت . واستخرج عامل واحد استوعب ٥٠,٣٪ من التباين المشترك ، سمى الضيق من الموت والأعراض الجسمية ، وكان تشبع قائمة الأعراض الجسمية بهذا العامل أقل التشبعات (٠,٤٤) .

مقدمة :

إلى أى حد يرتبط الضيق من الموت والانشغال به بالأعراض الجسمية التى يشكو منها الشخص؟ هل يتوقع أن ينشغل بالمو ت ويتضايق من ذكره سليم البدن أو معتله ؟ إن المتوقع غالبا أن ينشغل به عليل البدن، فمن الممكن افتراض رابطة إيجابية بين الضيق من الموت (القلق، والاكتئاب ، والوساوس) والمرض الجسمى ، ويرتبط الأخير بطبيعة الحال بالأعراض والشكاوى الجسمية.

إن العلاقة بين الأعراض الجسمية والضيق من الموت يمكن أن تندرج تحت الرابطة بين الجسم والنفس ، تلك المشكلة التى بدأ بحثها من أيام الفيلسوف اليونانى أفلاطون . ويذكر « جويس مكدوجل (McDougall, 1995) نصيحة صديق بريطانى متخصص فى الاضطرابات النفسية الجسمية فى قوله : « إنك لست محتاجا لأن تكون مكتئبا كى تصاب بعدوى الإنفلونزا ، ولكن الاكتئاب يساعد » .

(*) أستاذ علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت .

(**) أستاذ ورئيس قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة الإسكندرية .

كما يورد عبارة ذكرها « هنرى مودسلى» Maudsley أب الطب النفسى الإنجليزى مفادها : « إن الحزن أو الأسى الذى لا يجد له مخرجا أو متنفسا فى الدموع يجعل بقية أعضاء الجسم تقطر أو تبكى » .

لقد أجريت دراسات محدودة عن العلاقة بين قلق الموت والحالة الصحية Health Status فقام «هيرمان فيفل» وزملاؤه بإجراء سلسلة من الدراسات لاستكشاف الاتجاهات نحو الموت لدى المرضى على فراش الموت Terminally-ill ، والمرضى بمرض خطير ، والمرضى بمرض مزمن ، والعاجز بدنيا ، والمرضى عقليا ، والأسوياء.

ومن هذه الدراسات التى قام بها «فيفل» وزملاؤه (Feifel, Freilich, & Herman, 1973) دراسة عن الخوف من الموت لدى مرضى القلب والسرطان المحتضرين ، ووجدوا أنه على الرغم من أنهم قرروا أنهم يفكرون فى الموت بشكل متكرر ، أكثر من المجموعة الضابطة من الأصحاء ، فإنهم لم يكشفوا عن تعبيرات شعورية تدل على خوفهم من الموت أكثر من مجموعة الأصحاء . ولكن مجموعة المحتضرين كان لديهم نظرة دينية أكثر ترتبط بالمصير الشخصى بعد الموت . لم تكشف هذه الدراسة إذن عن فروق ثابتة فى قلق الموت كدالة للحالة الصحية . كما درس « سيلا ، وتروس » (Cella & Tross, 1987) قلق الموت لدى 90 فردا من الناجين من السرطان ، وظهرت ارتباطات دالة ولكنها تراوحت بين الضعيفة والمتوسطة بين قلق الموت والقلق العام والاكتئاب والشكاوى البدنية والضيق النفسى العام .

لقد برهن عدد من الدراسات على أن الحالة الصحية للفرد تؤثر فى مدى انشغاله بالموت ، والأمثلة على ذلك كثيرة منها ما يلى : درس «مولينز ، ولوبيز » الممرضات اللاتي يراعين المرضى في بيوتهم واللاتى قررن أن صحتهن سيئة ، وقدراتهن الوظيفية تتناقص ، واتضح أن أولئك الممرضات لديهن درجات مرتفعة فى قلق الموت بصرف النظر عن أعمارهن . وفى دراسة أخرى وجد «كريشى ، وحسين» عام 1891 أن درجات المدخنين على مقياس قلق

الموت قد تفوقت على درجات غير المدخنين ، وتؤكد نتيجة هذه الدراسة - بشكل غير مباشر - الاستنتاج القائل بأن الصحة كما يدركها الفرد تؤثر فى اشتغاله بالموت . وتؤكد دراستان أخريان التفسير الذى قدمته هذه الدراسة .

وقارنت « فينى » عام ١٩٨٤ بين أعداد كبيرة من المرضى والأصحاء ، واستنتجت ما يلى :

١- يكشف المرضى عن انشغال أكثر بالموت بالمقارنة إلى الأصحاء .
٢- مرضى الجراحة أكثر قلقا من الموت بالمقارنة إلي غيرهم من المرضى .
٣- يخاف الموت المرضى بأمراض حادة بالنسبة للمرضى بأمراض مزمنة .
٤- الأشخاص الذين يتلقون العلاج فى منازلهم الخاصة أقل خوفا من الموت ممن يعالجون فى المستشفى. (Neimeyer & Van Brunt, 1995, p.69 f) .

وكشف مرضى السرطان وهم على فراش الموت عن درجة منخفضة فى قلق الموت بالمقارنة إلى عينات من الجمهور العام . كما كشف المرضى الذين يعالجون بغسيل الكلى عن مستوى متوسط فى قلق الموت . وظهر كذلك أن قلق الموت متوسط أيضًا لدى مرضى الرقاص Hunting-ton's chorea (اختلاجات تشنجية فى الوجه والأطراف) . كما وجدت «تات» ارتباطا موجبا بين درجات مقياس قلق الموت والمشكلات الصحية للسيدات المسنات (انظر : Lo-netto & Templer, 1986) ، العلاقة إذن معقدة بين الصحة الجسمية وقلق الموت .

ومن الدراسات العربية بحث ماجدة خميس إبراهيم (١٩٩٢) عن قلق الموت لدى المرضى ببعض الأمراض العضوية (ن = ٤٠ من الجنسين فى كل تشخيص) . وقد ترتبت المجموعات المرضية الخمس فى قلق الموت ابتداء من الأعلى وانتهاء بالأدنى كما يلى : مرضى السرطان ، الربو ، السكر ، التهاب المفاصل ، ضغط الدم على التوالى . وجدير بالملاحظة أنه لم تظهر فروق بين الجنسين فى قلق الموت بين المجموعات إلا فى حالة مرضى السكر (متوسط الذكور أعلى) .

وأجرت الباحثتان « سنها ، ونيجام» (Sinha & Nigam, 1993) دراستين على خمسين ذكرا يعاني نصفهم من السرطان فى مراحله الأخيرة، وكان المرضى واعين مآل مرضهم ، وكان نصفهم الآخر مرضى التقويم أو التجبيرمن كسور فى العظام لم تكن من النوع الخطير جدا، وقد حصل مرضى السرطان على متوسط أعلى فى قلق الموت بمستوى دال إحصائيا بالمقارنة إلى مرضى التقويم.

وأجريت الدراسة الثانية على خمسين سيدة يتوقعن أن تكون أول ولادة لهن عادية ، فى حين تتوقع خمسون سيدة أخرى الولادة الأولى لهن عن طريق عملية جراحية (قيصرية) ، وطبق على الجميع مقياس قلق الموت قبل الولادة . وظهر أن قلق الموت يرتفع بدرجة دالة إحصائيا لدى من يتوقعن العملية القيصرية بالمقارنة إلى النساء اللاتي يتوقعن ولادة طبيعية .

ودرس « إحسان ، وسورنج » (Ahsan & Soreng, 1993) قلق الموت قبل الإجهاض وبعده لدى إناث غير متزوجات ، حيث أكملت خمسون امرأة غير متزوجة مقياس قلق الموت قبل الإجهاض وبعده . وكشفت النتائج أن أولئك النسوة أظهرن درجة مرتفعة من قلق الموت قبل الإجهاض ، فى حين تناقص قلق الموت بشكل حاد بعد الإجهاض .

ومن الممكن أن نستنتج أن الظروف الجسمية المرضية كالإصابة بالسرطان وإجراء الولادة بعملية قيصرية والإجهاض تؤثرا تأثيرا واضحا فى معدل قلق الموت ، فترفعه، ولا غرو فالحالات الأخيرة مواقف تهديد حقيقية للوجود الإنسانى، ويمكن أن ينجم عنها موت فعلى .

وأجرى « فرانكو » وزملاؤه (Franco, Belinson, Casey, Plummer, Tamburrino, & Tung, 2000) دراسة على ٣٨ امرأة أدركن أنفسهن فى خطر الوقوع فريسة لسرطان المبيض ، وأجابوا عن مقياس لقلق الموت وقائمة مختصرة للأعراض بما فيها الاضطرابات الجسدية ، فظهر أن من حصلن على درجة مرتفعة فى قلق الموت كانت الاحتمالات لديهن أقل للإذعان للتوصية بإجراء الفحوص العضوية والخاصة بأمراض النساء .

درس « كوثارى ، وأجراوال » (Kothari & Agrawal, 1998) أنواع القلق لدى المرضى الذين يخضعون لجراحة كبرى ، وكانوا (٩١) مريضا : (٣٠) قرويًا ، و (٦١) مدنيًا ، تتراوح أعمارهم من ٤٠ إلى ٦٠ عامًا . وقيس القلق العام وقلق الموت قبل إجراء الجراحة . وكشفت الدراسة أن المرضى الذين ينتظرون جراحة لاستئصال سرطان فى البطن لديهم أكبر قلق عام مرتبط بالألم ، في حين أن المرضى الذين ينتظرون جراحة سرطان كشفوا عن أعلى قلق عام مرتبط بالألم ، فى حين أن المرضى الذين ينتظرون جراحة سرطان كشفوا عن أعلى قلق عام مرتبط بالمال ، أما المريضات اللاتى كن ينتظرن جراحة استئصال الرحم فقد كشفن عن أعلى درجة من القلق العام المرتبط بالألم ، وكشف المرضى الذين ينتظرون جراحة القلب عن أعلى درجة من القلق العام المرتبط بالمال والعمل . ولم يكشف مرضى جراحة القلب عن قلق موت مرتفع بالمقارنة إلى بقية مرضى الجراحة الآخرين ، ولم تظهر فروق دالة فى قلق الموت بين المرضى القرويين والمدنيين فى كل أنواع الجراحات .

ويستعرض « نايمر » وزملاؤه (Neimeyer, Wittkowski, & Moser, 2004) أيضًا عددًا من الدراسات التي تبحث قلق الموت لدى مرضى نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ، فكشفت دراسات عدة ارتفاع قلق الموت لدى هؤلاء المرضى إذا كان الدعم الاجتماعى لهم منخفضًا ، وأن قلق الموت يرتفع إذا كان هناك تدهور كبير فى حالتهم الصحية وكان أفراد الأسرة يعرفون بتشخيص مرضهم ، وفى دراسة ثالثة تركز خوف هؤلاء المرضى من الموت المبتسر Premature . ويستخلص المؤلفون من عرضهم لهذه الدراسات أنه على الرغم من أن المرض وحده يمكن أن يرفع الانشغال بالموت والقلق منه لدى بعض الأشخاص فإن درجة قلق الموت هنا يؤثر فيها الحالة الصحية المتدهورة كدالة لعاملين هما:

العلاقة مع الآخرين والدعم الاجتماعى والمصادر الشخصية كأساليب المواجهة والمعتقدات الدينية ، وذلك أكثر من المرض فى حد ذاته .

ويعقب « نايمر » وزملاؤه على

الدرسات الخاصة بالعلاقة بين الصحة وقلق الموت ، فيذكرون أن النتائج متضاربة ، فلم تجد بعض الدراسات علاقة بينهما ، في حين أوردت دراسات أخرى أن هناك مستويات مرتفعة من قلق الموت والانشغال به لدى كبار السن من ذوى الصحة الواهنة ، وعند من تنقص لديهم القدرة الوظيفية ، والمرضى بمرض شديد بالمقارنة إلى المجموعات الضابطة . ووجد « هو ، وشى » أن مرضى السرطان ومرضى إصابات اليد لا يختلفان في متوسط قلق الموت، ولكن مرضى السرطان كشفوا عن تذبذب كبير في درجات قلق الموت : فحصل بعضهم على درجات منخفضة وآخرون على درجات مرتفعة أكثر من المجموعة الضابطة .

والدراسات الارتباطية أيضا متضاربة ، فلم يجد « تمبلر » علاقة بين قلق الموت والقسم البدنى من مقياس « كورنيل » الطبى Cornell Medical Index ، ومع ذلك وجد «لووين» علاقة إيجابية بين درجات مقياس « تمبلر » لقلق الموت ودرجة الاضطراب الجسدى فى قائمة «هوبكنز» للأعراض (Lonetto & Templer, 1986, p. 31, p. 36) .

وتعقيبا على هذه الدراسات نلاحظ أن المجموعة الأولى منها أجريت على مرضى فعليين مصابين بأمراض متفاوتة الخطورة ، مزمنة أو حادة . في حين أن المجموعة الثانية من الدراسات استخدمت عينات غير مريضة ، وفى المجموعة الأولى قيس الفرق فى قلق الموت بين هذه المجموعات المصابة بأمراض أو حالات مرضية مختلفة النوع ودرجة الخطورة ، وفى المجموعة الثانية من الدراسات حسب الارتباط بين قلق الموت والأعراض الجسمية ، وينتمى البحث الحالى إلى هذه المجموعة الثانية من الدراسات .

وتجدر الإشارة هنا إلى جانبين ، أولهما أن الدراسات السابقة لم تهدف إلى قياس كل مكونات الضيق من الموت (القلق والاكتئاب والوساوس) بل ركزت على قلق الموت وحده ، وفى دراسة «هنتر» وزملائها قيس قلق الموت واكتئاب الموت فقط ، وثانيهما أن الدراسات العربية غير متاحة فى هذا المجال فيما نعلم .

وتهدف هذه الدراسة إلى تعرف العلاقة بين الأعراض الجسمية

والضيق من الموت وأسباب الخوف منه لدى عينة مصرية من الجنسين .

منهج البحث :

أولا : العينة :

اشتملت العينة على ١٥٧ مصريا ، ١١٢ من الطلاب ، و ٤٥ من الموظفين ، ٨١ ذكور ، و٧٦ إناث . وكان متوسط عمر الذكور ٢٤,٥ عام (ع = ١٠,٠) والإناث ٢٣,٣ (ع = ٩,٧) ، ولم يكن الفرق دالا بين متوسطى السن (ت = ٠,٧٦ غ.د.) . وتعد هذه العينة عينة متاحة من المتطوعين ، ولم يجبر أحد على الاشتراك فيها .

ثانيا : المقاييس :

١- قائمة الأعراض الجسمية :

تشتمل هذه القائمة على ٦٠ بندا يعد كل منها عرضا جسميا أو شكوى عضوية ، وتهدف القائمة إلى تقدير مدى واسع من المشكلات الصحية ، ومثال بنودها : « صعوبة التنفس ، وعسر الهضم ، وآلام فى الصدر ، وآلام أسفل الظهر ، واضطراب دقات القلب » . ويطلب من المبحوث أن يقدر وجود (أو عدم وجود) كل بند لديه فى القائمة على أساس مقياس رباعى : صفر = لا ، ١= أحيانا ، ٢- كثيرا ، ٣- دائما . ويستخرج من القائمة درجة كلية تتراوح بين صفر و١٨٠ ، وتشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة الأعراض والشكاوى البدنية من وجهة نظر المبحوث . ووصل معامل ثبات ألفا إلى ٠,٩٣ وإعادة التطبيق إلى ٠,٩٢ ، وتراوحت معاملات الصدق المرتبط بالمحك بين ٠,٤٥ ، و ٠,٥٧ (خمسة محكات) ، وتشير هذه المعاملات إلى ارتفاع الاتساق الداخلى وإعادة التطبيق وصدق المحك ، هذا فضلا عن الصدق التمييزى (فروق دالة بين مرضى قلق وعينة ضابطة). وترتبط الدرجات علي القائمة ارتباطات مرتفعة بمقاييس القلق والاكتئاب . وأجرى على هذه القائمة بعض البحوث العربية . وهى من تأليف عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2003 a; 2003b; 2004b) (انظر أيضا : مريم اليمانى ؛ وأحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٤) .

٢- المقياس العربى لقلق الموت :

يشتمل هذا المقياس على عشرين عبارة يجاب عن كل منها على أساس خمسة بدائل من ١= لا إلى ٥= كثيرا

جدا ، وتتراوح الدرجة الكلية بين ٢٠ ، و ١٠٠ ، وتشير الدرجة العليا إلى ارتفاع قلق الموت . وقد استخدم المقياس مع عينات من مصر والكويت وسوريا ولبنان وأمريكا وانجلترا وأسبانيا . وتتراوح معاملات ألفا بين ٠,٨٨ ، و ٠,٩٣ ، ووصل معامل إعادة التطبيق إلى ٠,٩٠ ، إشارة إلى ارتفاع الاتساق الداخلى والاستقرار عبر الزمن . ويتراوح الارتباط بين المقياس العربى ومقياس «تمبلر» لقلق الموت بين ٠,٦٠ و ٠,٧٤ ، وتشير هذه المعاملات إلى الصدق الاتفاقى للمقياس العربى ، وللمقياس ثلاث صيغ : عربية وإنجليزية وأسبانية (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٦ ؛ (Abdel-Kahalek, 200;4d;2005a; Abdel Khalek & tomas Sabado, 2005) .

٣- المقياس المعدل لاكتئاب الموت :

وضع هذا المقياس «تمبلر» وزملاؤه (Templer et al, 2001 - 2002) . ويتكون من ٢١ عبارة يجاب عن كل منها على أساس «نعم / لا» ، وتتراوح الدرجة الكلية بين صفر ، و٢١، وتشير الدرجة العليا إلى ارتفاع اكتئاب الموت . وقد وضع المقياس المعدل ليكون أكثر استقلالا عن قلق الموت بالمقارنة إلى المقياس الأصلى . وللمقياس معاملات ثبات وصدق مرتفعة وبناء عاملى ذو معنى فى العينات الأمريكية . وقد ترجمه عبد الخالق إلى العربية ، ووصل معامل ألفا إلى ٠,٨٣ ، و ٠,٨٥ على عينة كويتية من الذكور والإناث على التوالى .

٤- مقياس وسواس الموت :

يشتمل هذا المقياس على ١٥ عبارة يجاب عنها على أساس صيغة خماسية البدائل من ١ = لا إلى ٥ = كثيرا جدا . وتتراوح الدرجة الكلية بين ١٥ ، و٧٥، وتشير الدرجة العليا إلى ارتفاع وسواس الموت . والمقياس من تأليف عبد الخالق ، وله صيغ عربية وإنجليزية وأسبانية (Abdel-Khalek, 1998; 2000; 2002a; 2005b; Abdel-Khalek & Lester, 2003; Maltby & Day, 2000a; 2000b; Tomas-Sabado & Gomez-Benito, 2002-2003) . ومعاملات الثبات والصدق لهذا المقياس مرتفعة فى هذه الدراسات .

٥- مقياس أسباب الخوف من الموت :

يضم هذا المقياس ١٨ عبارة موجزة

تجاب على أساس صيغة خماسية من ١= أعارض بشدة إلى ٥ = أوافق بشدة. وتتراوح الدرجة الكلية بين ١٨ و ٩٠ ، وتشير الدرجة العليا إلى شدة الموافقة على هذه الأسباب للخوف من الموت . وتزيد معاملات ألفا على ٠,٨ واستخرج من المقياس أربعة عوامل، والمقياس من وضع عبد الخالق (Ab-del-Khalek, 2002b) .

ثالثا :الإجراءات:

طبقت المقاييس الخمسة فى جلسات جمعية بالنسبة للطلاب ، وفى جلسات فردية بالنسبة للموظفين. وقد حللت البيانات بمجموعة البرامج الإحصائية الخاصة بالعلوم الاجتماعية، وفى التحليل العاملى اعتبر العامل الدال ما كان له جذر كامن يزيد على واحد صحيح (SPSS, 1990) .

نتائج الدراسة:

يبين جدول (١) الإحصاءات الوصفية لمقاييس الدراسة . ومن ملاحظة هذا الجدول يتضح أن جميع الفروق غير دالة إحصائيا فيما عدا المقياس العربى لقلق الموت ، حيث كان متوسط الإناث أعلى جوهريا من الذكور . وتراوحت معاملات ألفا للثبات بين ٠,٧٦ ، و ٠,٩٥ وتشير إلى ثبات مقبول أو مرتفع .

جدول (١)

الإحصاءات الوصفية ومعاملات ألفا للثبات لمقاييس الدراسة لدى عينتى الدراسة

المقاييس	ذكور (ن = ٨١)			أناث (ن = ٧٦)			ت	الدلالة
	ألفا	م	ع	ألفا	م	ع		
الأعراض الجسمية	٠,٩٢	٣٥,٦٢	١٧,٦٠	٠,٨٩	٣٩,٤٦	١٦,٣٥	١,٤٢	–
قلق الموت	٠,٩٢	٥٦,٥٤	١٨,٥٩	٠,٩٣	٦٢,٩٣	٢٠,١٩	٢,٠٦	٠,٠٤
اكتئاب الموت	٠,٨٣	٨,٠٠	٤,٤٠	٠,٨٤	٨,٦٨	٤,٦٥	٠,٩٤	–
وسواس الموت	٠,٩٤	٣٦,٩٦	١٥,٠٢	٠,٩٥	٣٧,٢٨	١٥,٦١	٠,١٣	–
أسباب الخوف من الموت	٠,٧٦	٥٧,٤٦	١٠,٠٤	٠,٨٥	٥٦,٢٤	١١,٣٠	٠,٨٢	–

ويبين جدول (٢) الارتباطات المتبادلة بين مقاييس الدراسة ، ويلاحظ أن جميع الارتباطات دالة فيما عدا بين مقياسى الأعراض الجسمية وأسباب الخوف من الموت . كما يبين الجدول نفسه العامل الوحيد المستخرج، وقد تراوحت تشبعاته بين ٠,٤٤ (الأعراض الجسمية) ، و ٠,٨٢ (اكتئاب الموت) . وقد سمى عامل الضيق من الموت والأعراض الجسمية.

جدول (٢)

معاملات الارتباط المتبادلة بين مقاييس الدراسة والعامل المستخرج من العينة الكلية من الجنسين (ن = ١٥٧)

المقاييـــس / الارتباطات	١	٢	٣	٤	٥	العامل الأول
١- الأعراض الجسمية	-					٠,٤٤٣
٢- قلق الموت	٠,٢٨١**	-				٠,٨١٥
٣- اكتئاب الموت	٠,٢١٨**	٠,٥٨٨**	-			٠,٨٢١
٤- وسواس الموت	٠,٢٨٢**	٠,٥٦٧**	٠,٥١٥**	-		٠,٧٨٥
٥- أسباب الخوف من الموت	٠,٠٩٢	٠,٣٠٩**	٠,٢٩٦**	٠,٤٤٧**	-	٠,٦٠٢
الجذر الكامن						٢.٥١
النسبة المئوية للتباين						٥٠,٢٩٪

* دال عند مستوى ٠,٠١ وما بعده .

مناقشة النتائج :

أسفرت نتائج هذه الدراسة عن ارتباط موجب بين الأعراض الجسمية والمقاييس الثلاثة للضيق من الموت : القلق والاكتئاب والوساوس . إن الشكاوى والأعراض الجسمية ترتبط بالمرض برباط وثيق ، ويمكن أن تعد هذه الأعراض مقدمة للمرض أو دليلا عليه . والمرض يرتبط كذلك بالموت، حيث إنه إذا ازداد المرض أفضى إلى الموت . ومن ثم ظهر تغير مصاحب Covariation موجب بين الأعراض والشكاوى الجسمية ومكونات الضيق من الموت ، وأن أفراد هذه العينة أدركوا الأعراض

الجسمية مرتبطة بمكونات الضيق من الموت ومتداخلة معها بمستوى دال إحصائيا . ويتفق ذلك مع عدد من الدراسات السابقة (انظر : أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٥، ص ص ٣٣٨ - ٣٤٦ ؛ Neimeyer et al., 2004) .

وموجز هذه النتيجة بوجه عام أن هناك علاقة بين المكانة الصحية Health status بجانبيها : الصحة والمرض مقابل الموت : الخوف أو القلق منه ، والاكتئاب بتأثيره ، وسيطرته على الفرد بوصفه وسواسا يتعلق بموضوع الموت .

ولكن الارتباط بين مقياس الأعراض الجسمية وأسباب الخوف من الموت لم يكن دالا إحصائيا ، فضلا عن أن ارتباط المقياس الأخير بالمكونات الثلاثة لعامل الضيق من الموت كان أقل من معاملات الارتباط بين هذه المكونات بعضها وبعض . ومن الممكن أن يشير ذلك إلى أن مقياس أسباب الخوف من الموت يقيس جانبا مستقلا إلى حد ما عن مقاييس الضيق من الموت ، ودليل ذلك أن لمقياس أسباب الخوف من الموت أقل تشبع بالعامل المستخرج بعد تشبع مقياس الأعراض الجسمية (انظر جدول٢) .

ومن ناحية أخرى يبدو أن العلاقة قوية بين المكونات الثلاثة للضيق من الموت (القلق والاكتئاب والوساوس)، فهى مقاييس ومؤشرات لاضطرابات نفسية محددة تجاه الموت ، فى حين أن المكون الأساسى فى مقياس أسباب الخوف من الموت هو مكون معرفى Cognitive .

ويلاحظ أن ارتباطات الأعراض الجسمية بمقاييس الضيق من الموت (من ٠,٢٢ إلى ٠,٢٨) أقل من الارتباطات المتبادلة بين مقاييس الضيق من الموت بعضها وبعض (من ٠,٥٢ إلى ٠,٥٩) بعد استبعاد مقياس أسباب الخوف من الموت ، وهذا أمر متوقع . ومن بين معاني هذه النتيجة أن هناك صدقا اتفاقيا Convergent لا بأس به بين المقاييس الثلاثة لعامل الضيق من الموت .

وتدعم نتيجة التحليل العاملى نتائج معاملات الارتباط ، فقد استخرج عامل واحد يجمع كل مقاييس الدراسة بتشبعات متفاوتة بطبيعة الحال ، وأعلى تشبعات العامل للمكونات الثلاثة لمفهوم الضيق من الموت، ثم

مقياس أسباب الخوف من الموت ، وأقل هذه التشبعات (٠,٤٤) لمقياس الأعراض الجسمية . وقد سمى عامل الضيق من الموت والأعراض الجسمية، وقد استوعب هذا العامل ٥٠,٣٪ من التباين المشترك ، وهو قدر لا بأس به .

ومن بين ما تشير إليه هذه النتيجة أن عامل الضيق من الموت عامل قوى ومتماسك ، ترتبط كل مكوناته ارتباطات دالة إحصائيا ومتقاربة بمقياس الأعراض الجسمية (من ٠,٢٢ إلى ٠,٢٨) . ومن الممكن أن تتفق هذه النتيجة - فى جانب منها - مع الدراسات التى استخرجت عاملا واحدا يجمع هذه المقاييس الثلاثة تحت اسم عامل الضيق من الموت ، وقد استخرج هذا العامل في عينات من بلاد مختلفة منها مصر والكويت وسوريا ولبنان (انظر : أحمد عبد الخالق ، وغسان صالح ، ١٩٩٩ ؛ أحمد عبد الخالق ونجوى اليحفوفى، ٢٠٠٤ ؛ (Abdel Khalek, 2004a; 2004c .

وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين فلم تظهر فروق دالة إحصائيا إلا فى مقياس واحد فقط هو المقياس العربى لقلق الموت ، وتتفق النتيجة الأخيرة مع دراسات سابقة كثيرة (انظر مثلا : Abdel-Khalek, 2004d; Lonetto & Templer, 1986 . ولكن عدم ظهور فروق دالة بين الجنسين فى بقية المتغيرات أمر غير متوقع ، ولا يتسق مع الدراسات السابقة ، وقد يكون السبب أخطاء العينات الصغيرة .

وأخيرا تجب الإشارة إلى حدود هذه الدراسة ، فعلى الرغم من أن العينة كانت متنوعة ضمت طلابًا وموظفين ، فى مدى عمرى غير صغير فإن حجم العينة كان يحسن أن يزيد .

وعلى الرغم من هذه الحدود فقد بينت هذه الدراسة العلاقة الموجبة بين الأعراض والشكاوى الجسمية والضيق من الموت ، وإن الإكلينيكيين الذين يتعاملون مع الضيق من الموت سيدركون غالبا هذه الرابطة لدى الجنسين .

قائمة المراجع

أولا - المراجع العربية :

١ – أحمد عبد الخالق (١٩٩٦). المقياس العربى لقلق الموت : خطوات إعداده وخصائصه. **دراسات نفسية** ، ٦ (٤) ، ٤٤٣ – ٤٥٥.

٢– أحمد عبد الخالق (٢٠٠٥) . **سيكولوجية الموت والاحتضار** . جامعة الكويت ، مجلس النشر العلمى : لجنة التأليف والتعريب والنشر .

٣– أحمد عبد الخالق ، وغسان صالح (١٩٩٩) . الانشغال بالموت : دراسة مقارنة على عينات سورية . **دراسات نفسية** ، ٩ (٢) ، ١٧٧– ١٨٩.

٤– أحمد عبد الخالق ، ونجوى اليحفوفى (٢٠٠٤) . الضيق من الموت لدى عينات لبنانية . **دراسات عربية فى علم النفس** ، ٣(٢) ، ١١ – ٣٠.

٥– ماجدة خميس إبراهيم (١٩٩٢). **القلق النفسى وعلاقته ببعض الأمراض العضوية**: دراسة عاملية . رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية.

٦– مريم اليمانى ، وأحمد عبد الخالق (٢٠٠٤). التمييز بين مرضى القلق ومرضى الاكتئاب بوساطة الأعراض الجسمية . **دراسات نفسية** ، ١٤ (١) ، ١٢٣ – ١٥٢.

ثانيا : المراجع الأجنبية :

7- Abdel-Khalek, A. M. (1998). The structure and measurement of death obsession. ***Personality and Individual Differences***, 24, 159-165.

8- Abdel-Khalek, A.M. (2000). ***The death osession*** scale. In J. Maltby, C.A. Lewis, & A. Hill (Eds.). ***Commissioned reviews of 250 psychological tests***. Vol. 2, pp. 563-565 Lewiston, New York: The Edwin Mellen Press.

9- Abdel-Khalek, A.M. (2002a). Death obsession in Egyptian samples: Differences among people with anxiety disorders, schizophrenia, addictions, and normals. ***Death studies***, 26, 413-424.

10- Abdel-Khalek, A. M. (2002b). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death Fear Scale. ***Death Studies***, 26, 669-680.

11- Abdel- Khalek, A.M. (2003a). Can somatic symptoms differentiate anxiety from depression? ***Bulletin of Alexandria faculty of Medicine***, 34, 289-302.

12- Abdel-Khalek, A.M. (2003b). The somatic symptoms inventory (SSI) Developmetn, Parameters, and correlates. ***Current Psychiatry***, 10, 114-129.

13- Abdel-Khalek, A.M. (2004a). A general factor of death distress in seven clinical and non-clinical groups. ***Death studies***, 28, 889-898.

14- Abdel-Khalek,, A.M. (1004b). Can somatic symptoms predict depression? ***Social Behavior and Personality***, 32, 657-665.

15- Abdel -Khalek, A.M. (2004c). Death anxiety, death depression, and death obsession:? A general factor for death distress is evident: a reply. ***Psychological Reports***, 94, 1212-1214.

16-Abdel-khalek, A. M. (2004d). The Arabic scale of death anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. ***Death Studies***, 28, 435-457.

17- Abdel-Khalek, A.M. (2005a). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. ***Death studies***, 29, 251-259.

18- Abdel-Khalek, A.M. (2005b). Death obsession in Arabic and western countries. ***Psychological Reports***, 97, 138-140.

19- Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (2003). Death obsession in Kuwaiti and American college students. ***Death Studies***, 27, 541-553.

20- Abdel-Khalek, A.M., & Tomas-Sabado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. ***Death studies***, 29, 157-169.

21- Ahsan, S.K., & Soreng, J. (1993). Death anxiety before and after abortions among unmarried women. ***Journal of Personality and clinical Studies***, 9, 69 - 71.

22- Cella, D.F., & Tross, S. (1987). Death anxiety in cancer survival: A preliminary cross-validation study. ***Journal of Personality Assessment***, 51, 451 - 461.

23- Feifel, H., Freilich, J., & Herman, L. J. (1973). Fear of death in dying heart and cancer patients. ***Journal of Psychosomatic Research***, 17, 161- 166.

24- Franco, K., Belinson, J., Casey, G., Plummer, S., Tamburrino, M., & Tung, E. (2000). Adjustment to perceived ovarian cancer risk. ***Psychooncology***, 9, 411 - 417.

25- Kothari, S., & Agrawal, M. (1998). Study of anxieties among patients undergoing major surgery. ***Journal of Personality and Clinical Studies***, 14, 81 - 88.

26- Lonetto, R., & Templer, D. I. (1986). ***Death anxiety***. Washington DC: Hemisphere.

27- Maltby, J., & Day, L. (2000a). Religious orientation and death obsession. ***Journal of Genetic Psychology***, 16, 122-124.

28- Maltby, J., & Day, L. (2000b). The reliabitiy and validity of the death obsession scale among English university and adult samples. ***Personlity and Individual Differences***, 28, 695-700.

29- McDougall, J. (1995). Grief, mourning and somatization. In T. Lunden (Ed.), ***Grief and bereavement*** (pp. 1 - 23). Stokholm: Swedish National Association for Mental Health.

30- Neimeyer, R. A. & Wittkowiski, J., & Moser , R. P. (2004) . Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. ***Death studies***, 28, 309 - 340 .

31- Neimeyer, R. A., & Van Brunt, D. (1995). Death anxiety. In H. Wass & R. A. Neimeyer (Eds.) ***Dying : Facing the Facts*** (3rd ed; pp. 49 - 88). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.

32- Sinha, S. P., & Nigam M. (1993). Stress and death anxiety. ***Indian Journal of Clinical P sychology*** , 20 , 78 - 81 .

33- SPSS, Inc. (1990). SPSS: ***Statistical data analysis***. Chicago: IL: SPSS, Inc.

34- Templer, D. I., Harville, M., Hutton, S., Underwood, R., Tomeo, M., Russell, M., Mitroff, D.. & Arikawa, H. (2001 - 2002) . death depression scale-Revised. Omega. ***Journal of Death and Dying***, 44, 105 - 112.

35- Tomas-Sabado, J., & Gomez-Benito, J. (2002 - 2003). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Death Obsession Scale (Dos). Omega: ***Journal of Death and Dying***, 56, 259 - 268.

Somatic Symptoms And Complaints And Their Relation To Death Distress

Ahmed M. Abdel - Khalek (ph.D)
Mayssah A. El Nayel (Ph.D)

Abstract

A Sample of 157 Egyptian male and female university students and employees responded to the following five scales: Somatic symptoms inventory, Arabic scale of death anxiety, death obsession scale, death depression scale revised and reasons for death fear scale. These scales had either a high or acceptable levels of internal consistency. Significant correlations were found between somatic symptoms inventory and all the last mentioned scale except The last one. One factor was extracted and accounted for 50.3% of the total variance. This factor was labled death distress and somatic symptoms The loading of the somatic symptoms inventory was the lowest one onto the extracted factor.